PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę **odbitek**, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 24. lutego 1917. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.



PROF. DR. STANISŁAW DOBROWOLSKI

* 16. XII. 1873 WE LWOWIE, † 19. II. 1917.

Do strat, jakie w tych wojennych latach poniósł polski świat lekarski i polska lekarska nauka przez śmierć tylu wybitnych uczonych i działaczy, przybywa nowa, nie mała. Opuszcza nas Stanisław Dobrowolski.

Jest w każdej śmierci, w każdem wiecznem pożegnaniu dla nas tu pozostających ogrom smutku niewyrozumowanego, bezwiednego smutku, którym dusza nasza odpowiada instynktownie na ten nieodwołalny wyrok, na ten konieczny los ludzkiego pogłowia.

Nad tą świeżą trumną smutek nasz jest nietylko uczuciem bezwiednem, gdyż śmierć odwołuje z szeregów naszych człowieka, który doszedł zaledwie do pełni męskiego wieku, człowieka, który, pokonawszy zapory, stanął na wyżynie i z niej zaledwie okiem objął rozległe pole pracy, czekającej na jego krzepkie dłonie.

Nie żegnamy młodzieńca, który dopiero obiecywał, iż będzie mężem czynu, bo na czyny Stanisława Dobrowolskiego patrzyliśmy zblizka i znaliśmy poważny dorobek jego zasług. Wiedzieliśmy więc, kim jest i co jeszcze zdziałać może.

Nie żegnamy też męża, który utrudzony długą pracą odjął już zmęczone dłonie od warsztatu i idzie na zasłużony spoczynek, bo Stanisław Dobrowolski chciał i umiał podjąć brzemię pracy i znoju się nie obawiał.

Zstępuje do grobu twardy pracownik, dla którego trud był nie środkiem do życia lub celem, lecz treścią, człowiek, który działać chciał i umiał, przeciwieństw się nie bał, przed zaporami się nie cofał.

W Stanisławie Dobrowolskim tkwiła siła życiowa i radość czynu. Od pomysłu do postanowienia była u niego droga długa, droga trzeźwej rozwagi; od postanowienia do czynu był tylko krok jeden. Tak powstały jego prace naukowe i jego oba podręczniki. Nie było w ś. p. Dobrowolskim łamiącego wolę nadmiernego krytycyzmu, roztkliwiania się nad trudnościami przedsięwzięcia, rozpraszania myśli swoich w słowach, które są jak pył lotne i zastąpić nie mogą ciężkiego jak żelazo czynu, nie było skarg niemęskich lub obietnic niedotrzymanych. Nad wszystkiem panowała silna wola, wspierana rozwagą i doświadczeniem.

Stanisław Dobrowolski dążył naprzód krokiem pewnym i silnym, nie przystając w drodze i nie marnując sił na bezcelowe przedsięwzięcia. Bezpośrednio po uzyskaniu dyplomu (23. I. 1897) widzimy go przy pracy w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza, a potem w klinice chirurgicznej; po kilkunastu miesiącach (w marcu 1898) zmienia warsztat i staje u boku Jordana, pracując w jego klinice przeszło sześć lat. Jest ulubionym uczniem profesora, jego powiernikiem i współpracownikiem. Śmierć mistrza przerywa wspólną pracę nad podręcznikiem położnictwa. Młody docent (habilitowany w r. 1903) zastępuje ukochanego profesora podczas jego choroby i po jego zgonie, poczem obejmuje profesurę w szkole położnych (1908) i prymaryat w szpitalu św. Łazarza (1910). Jeszcze w czasie asystentury klinicznej poświęca wolne chwile pracy w zakładach teoretycznych: anatomii patologicznej (prof. Browicza) i mikrobiologii (prof. Nowaka). W roku 1910 otrzymuje tytuł nadzwyczajnego profesora uniwersytetu. Z chwilą wybuchu wojny wstępuje do służby wojskowej i nie przerywając zajęć swoich w szpitalu i szkole położnych, pracuje w szpitalu wojskowym. Od r. 1899 publikuje szereg prac doświadczalnych, bakteryologicznych i klinicznych, oraz dwa podręczniki.

Wśród tej wyczerpującej pracy nie pozwala sobie na żaden wypoczynek. Zaledwie do sił wróciwszy po pierwszej ciężkiej chorobie, bierze się ochoczo do roboty. Można bez przesady powiedzieć, że dnia jednego w krótkiem swojem życiu nie zmarnował, a wiele dni i nocy w ciężkim przepracował trudzie.

Jako ginekolog i położnik zdobył sobie rozległą praktykę, a z nią razem wielkie zaufanie kolegów i uznanie chorych. Nie cofał się też nigdy przed pracą społeczno-lekarską, czy to w Towarzystwie lekarskiem, którego był prezesem w r. 1909, czy w Krajowym Związku lekarzy, jako wiceprezes, czy wreszcie jako członek Wydziału Izby lekarskiej lub gorliwy współpracownik »Przeglądu lekarskiego«, którego redakcyę kilkakrotnie po kilka tygodni zastępczo prowadził. W tych pracach dla społeczności lekarskiej znajdował zadowolenie i miało się wrażenie, że w ś. p. Dobrowolskim żyje coś z wielkiego ducha mistrza jego Jordana.

Świat lekarski staje nad tą świeżą trumną z wdzięczną myślą i ze szczerą żałobą, z wdzięcznością za to, czego ś. p. Dobrowolski dokonał, z żalem, że śmierć tak wcześnie złamała tę niepowszednią siłę.

Jest tragizm w tem krótkiem i znojnem, jakby pospiesznie przeżytem życiu, życiu, którego pierwszym spoczynkiem jest spoczynek wieczysty.

Jest tragizm w tem, że tyle i z takim trudem zebranego doświadczenia nie doczekało się ostatecznej syntezy, że tyle myśli nie doszło do wyrazu, że tyle chęci nie mogło przejść w czyn, i to właśnie teraz, kiedy Ojczyzna więcej, niż kiedykolwiek potrzebować będzie ludzi silnych, twórczych, ochoczo pracujących.

Jest wreszcie tragizm najbardziej ludzki, a przez to może najboleśniejszy, w tem, że nad tym grobem płacze młoda żona i gromadka maleńkich dzieci, które ojcu osładzały tak niezmiernie krótko znojne jego życie.

Aleksander Rosner.

Prace ś. p. Dobrowolskiego:

1. Przypadek marskości przedsionka sromowego (kraurosis vulvae). Przegląd lekarski 1899, Nr 20.
2. Dwa przypadki torbieli trąbkowojajnikowej. Pamiętnik jubileuszowy Ed. Korczyńskiego, str. 93.
3. O krwotokach, przydarzających się w trzecim okresie porodu i bezpośrednio po porodzie. Przegląd lekarski 1900, Nr 15—18, a także Nr 12.
4. Cztery przypadki cięcia cesarskiego metodą Fritscha, dokonane w bieżącym roku szkolnym w klinice położniczej prof. Jordana. Nowiny lekarskie 1900. Zesz. 2. oraz Przegląd lekarski 1900, Nr 26.
5. Obrót zapobiegawczy przy miednicach ścieśnionych. Dziennik IX Zjazdu lekarzy i przyrodn. 1900. Zesz. 5.
6. O rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ropni wychodzących z części rodnych kobiecych. Przegląd lekarski 1902, Nr 2—4.
7. Przypadki operowane drogą cięcia pochwowego w roku szkolnym w klinice prof. Jordana. Przegląd lek. 1902, Nr 44.
8. Demonstracya preparatu otrzymanego przy operacyi ciąży zamacicznej. Przegląd lek. 1902, Nr 13.
9. Pęknięcie macicy w ciąży. Przegląd lekarski 1902, Nr 49—51.
10. O cytotoksynie łożyskowej. Rozpr. Akademii Umiej. w Krakowie. T. XLIII. 1903.
11. Flora pochwy fizyologicznej. Tamże.
12. La flore du vagin. Bull. de l'Acad. de Cracovie 1903.
13. O cytotoksynach łożyskowych. Przegl. lek. 1903, Nr 48.
14. O cytotoksynach łożyskowych. Ginekologia 1904, Nr 2.
15. Flora pochwy fizyologicznej. Przegląd lekarski 1903, Nr 46.
16. Sprawozdanie z dziesięciolecia (1893—1903) kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiell. prof. Dr Jordana. Ginekologia 1905, Nr 2—4.
17. Przypadek niezupełnego rozległego pęknięcia macicy. Tamże. 1905, Nr 2.
18. O jadach komórkowych (cytotoksynach), otrzymywanych przy użyciu łożyska i jajników. Sprawozdanie X Zjazdu lek i przyr. pol. we Lwowie 1907/8.
19. Postępowanie lekarza przy położeniach twarzowych i czołowych. Przegl. lek. 1907.
20. Postępowanie lekarza przy ścieśnieniach miednicy. Tamże. 1907.
21. O rozcięciu kości łonowej (hebosteotomia). Sprawozd. X Zjazdu lek. i przyr. pol. we Lwowie. Lwów 1907/8.
22. O wynikach operacyi przetok moczowych. Przegl. lek. 1912, Nr 19.
23. Przypadek pierwotnej gruźlicy torbieli jajnikowej. Demonstr. w Tow. lek. krak. Przegl. lek. 1912, Nr 7.
24. Przypadek ciąży jajowodowojajnikowej. Tamże.
25. Dwa przypadki ogólnego ostrego zapalenia otrzewnej bezpośrednio po porodzie prawidłowym. Tamże.
26. Przypadek porodu w miednicy płaskiej. Tamże.
27. Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej jajowodowojajnikowej. Tamże.
28. Operacya rozszerzenia szyi macicznej przy rzucawce porodowej. Przegl. lek. 1912, Nr 16.
29. Nauka położnictwa dla użytku położnych. 1912.
30. Ein Blick auf die gynaekologische Therapie in der Klinik w »Die Therapie an den oesterreichischen Universitätskliniken«.
31. O cytotoksynie jajnikowej. Rocznik lekarski, tom I 1906.
32. Über Cytotoxine der Ovarien. Gynaekol. Rundschau 1907.
33. (poczęści wspólnie z Jordanem). Nauka położnictwa dla studentów i lekarzy.

O sztucznej odmie piersiowej.

Część II. kliniczna [1]).

Przez

Dr Seweryna Sterlinga,

ordynatora szpitala fundacyi Poznańskich w Łodzi.

Już od lat wielu usiłowania znalezienia sposobów leczenia gruźlicy płuc przedsiębrano pod hasłem uleczalności tej choroby jedynie w pierwszych okresach jej rozwoju.

Wobec choroby daleko posuniętej z prób leczenia — rezygnowano.

Nic więc dziwnego, że metodę leczenia postępujących przewlekłych suchot rozwiniętych przyjęto niedowierzaniem.

Jest to metoda lecznicza, która, jak żadna inna, kłam zadać może najbardziej wypróbowanym zasadom prognostycznym. W sposób gwałtowny stwarza warunki, które mogą postęp choroby przerwać, zamieniając sprawę chorobową czynną na stan chorobowy przewlekły; które umożliwiają wyleczenie kliniczne, a nawet anatomiczne.

Ten zabieg gwałtowny, który w pewnych, niżej opisanych warunkach pozwala przedłużyć życie beznadziejnie chorym, polega na zniesieniu ścisłego przylegania płuc do klatki piersiowej, na zluźnieniu napięcia tkanki płucnej, na zmniejszeniu jej ruchów czynnościowych aż do zupełnego unieruchomienia. Ten zabieg, jak wiemy ze słów kol. Dłu-

[1]) Niniejsza praca stanowiła przedmiot referatu, wygłoszonego wspólnie z Dr K. Dłuskim na III Zjeździe internistów polskich we Lwowie (Lipiec 1914). Część I, pióra Dr Dłuskiego, wyszła drukiem w »Przeglądzie lek.« Nr 4—7, 1916.

skiego, usuwa warunki, przeszkadzające tworzeniu się blizn w ogniskach gruźliczych, a nawet, jak się zdaje, sprzyja powstawaniu tych blizn przez swoiste pobudzenie rozwoju tkanki łącznej.

Metody chirurgiczne, któremi w tym celu rozporządza terapia chorób płucnych, posługują się różnymi zabiegami.

Jedną grupę stanowią zabiegi wewnątrz-opłucne: uciśnięcie płuca zapomocą odmy piersiowej sztucznej (pneumothorax artificialis).

Drugą grupę stanowią zabiegi zewnątrz-opłucne: I. uruchomienie pewnych części płuca, przyrosłych do wewnętrznej powierzchni klatki piersiowej, przez odłuszczenie ze wnętrznej powierzchni opłucnej ściennej (pleuropneumolysis); 2. uciśnięcie pewnych części płuca przez założenie t. zw. plomby między ścianę klatki piersiowej, a odłuszczoną opłucnę ścienną; 3. uciśnięcie całego płuca przez zapadnięte ściany klatki piersiowej po mniej lub więcej rozległej resekcyi żeber (therapia per collapsum); 4. uciśnięcie płatu dolnego płuca przez przeponę, porażoną wskutek przecięcia nerwu przeponowego (phrenicotomia).

Przyrządy i technika.

Nie mam zamiaru przedstawiać tu monografii klinicznej o sztucznej odmie piersiowej. Mówić będę jedynie o sposobach, jakie osobiście wypróbowałem, o własnem w tej dziedzinie doświadczeniu i wysnutych zeń wnioskach.

Zabieg leczniczy, o którym mowa, polega na wprowadzeniu określonej ilości gazu poprzez ścianę klatki piersiowej pomiędzy obydwa listki opłucnej, bez uszkodzenia płuc. Uczynić to można, bądź przekłuwając wszystkie warstwy klatki piersiowej igłą ostrą (metoda Forlaniniego), bądź nacinając te warstwy aż do opłucnej ściennej, a tę dopiero przekłuwając na tępo (metoda Brauera). Metoda Brauera mniej pociąga, bo chorzy trudniej się na nią godzą; bo i lekarz jest w gorszych warunkach, kiedy mu wypadnie w kilku punktach szukać wolnej opłucnej przy pomocy zabiegu stosunkowo złożonego; bo, zanim wolno wykonać pierwszą reinsuflacyę, trzeba wyczekać zagojenia się rany, a wytworzona odma sztuczna może się przez ten czas wessać; bo wreszcie metodę tę często wikła odma podskórna, a nawet przetoka opłucna.

Gaz wprowadzają do opłucnej przy pomocy różnych przyrządów. Podaję tu opis tego, którego sam używam, a którego zalety są następujące: 1. Do pomocy potrzebna jest tylko jedna osoba (pielęgniarka), a przy reinsuflacyi można się bardzo łatwo obejść bez pomocy. 2. Przyrząd nie wymaga nigdy poważniejszej naprawy.

Oto dwie pary gąsiorków pięciolitrowych, zbudowanych, jak butle Wulffa. Każda para łączy się ze sobą przy pomocy węża gumowego, założonego u dolnych wylotów. Butla A 1 zawiera tlen, butla B 1 azot, butle A 2 i B 2 zawierają rozczyn sublimatu. Obie butle sublimatowe zamykamy korkami wodnymi; butle zawierające gaz łączą się — przez rury, wychodzące z ich górnych wylotów — z dwiema odnogami kurka trójdrożnego C; na odnogę trzecią założony jest wąż, wiodący do manometru. (Rys. 1. Instrumentaryum).



Rys. 1. Instrumentaryum.

Jako manometru używam pneumometru Braunsa, który mi oddaje usługi pewniejsze, aniżeli manometry wodne i rtęciowe. Kran D pneumometru pozwala wpuszczać coraz to większe ilości gazu pod coraz wyższem ciśnieniem.

Do przekłucia klatki piersiowej używam igły Küssa; składa się ona z rurki metalowej, trójgrańca, przetyczki tępej i wskaźnika szklanego. Rurka, 1·5 mm grubości, tuż ponad otworem dolnym ma z boku okienko; trójgraniec, grubości 1·1 mm, jest ostro zakończony; przetyczka, włożona do rurki, zamyka zupełnie dolny otwór rurki. Przetyczka ta jest wzdłuż prawie całego swego przebiegu spłaszczona, przez co tworzy wraz z rurką kanał; przez ten kanał od okienka bocznego aż do otworu górnego igły istnieje połączenie między jamą opłucnej a zawartością węża gumowego. Pół obrotu przetyczki wystarcza, by zam-

knąć okienko i przerwać to połączenie. Wskaźnik szklany łączy igłę z wężem gumowym.

Pneumometr Braunsa jest stale (t. j. podczas całego przebiegu insuflacyi) połączony z jamą opłucnej; przez otwarcie kurka D łączy się także ze zbiornikiem gazu. Wykazuje więc: przy zamkniętym kurku D wahania ciśnienia w jamie opłucnej, przy otwartym — różnice ciśnienia pod jakiem gaz zostaje wprowadzony do opłucnej, nie przestając wskazywać wahań, powstających w opłucnej, pozwala więc w czasie trwania insuflacyi kontrolować ruchy oddechowe.

Sam zabieg wykonywam zawsze na małym stoliku operacyjnym, na którym leży chory, mając przeciwległy bok podparty. Jeśli nakłucie wykonywam z tyłu, w przestrzeni międzyłopatkowej górnej, to chory siedzi. Ciężko chorych przenosi się do salki operacyjnej na noszach. W łóżku, gdzie trudno o zachowanie aseptyki, operuję rzadko. Stolik operacyjny przysunięty jest do stołu, na którym są ustawione butle z gazem i pneumometr, leżą igły i rękawiczki gumowe, w których operuję.

Wrażliwym chorym wstrzykuję morfinę lub, chętniej, miejscowo trywalinę; na dobrą sprawę, należałoby to uczynić u wszystkich.

Gaz wprowadza się do zbiorników na dwa dni przed zabiegiem lub jeszcze wcześniej, by się przez odstanie oczyścił z zawieszonych w nim ewentualnie cząsteczek stałych, które w zbiorniku opadają na powierzchnię sublimatu. Tlenu używam jedynie do napełnienia całego układu rur na chwilę wkłuwania igły. W tym celu ustawiam kurek C czarną perełką ku butli A 1, zawierającej tlen. Skoro wahania pneumometru wskażą, że igła znajduje się w jamie opłucnej, zwracam kurek perełką ku butli A 2, z której wtedy azot przechodzi do węża, wiodącego ku pneumometrowi. Od tej chwili przez cały czas insuflacyi używam jedynie kurka D. Jeśli mam wykonać szereg insuflacyi, to już z góry butlę B 2 unoszę, podstawiając pod nią naprzykład jedno lub dwa pudełka od cygar. Przez większe lub mniejsze uchylenie kurka D wpuszczam azot pod żądanem ciśnieniem.

Jeśli chory zakaszle, igła może zboczyć i wpaść w tkankę płucną. To też każdy chory z góry o tem wie, że uczuwszy podrażnienie do kaszlu, ma dać znak lekarzowi; wtedy albo otwieramy nagle boczny kurek igły Küssa, albo palcami zaciskamy węża tuż przy nasadzie na igłę.

Igłą Küssa z trójgrańcem przebijamy miękkie warstwy klatki piersiowej; trójgraniec wyjmujemy i nakładamy przetyczkę tak, by tylko okienko igły było otwarte. Przesuwając igłę w głąb, dochodzimy do jamy opłucnej; tę chwilę wskazują wahania strzałki pneumometru. Użycie zatyczki jest najczęściej zbyteczne; po wyjęciu trójgrańca samą rurką dochodzimy do jamy opłucnej.

Jeśli igła dojdzie do naczynia, to po jakimś czasie ukaże się krew w rurce szklanej, nazwanej wskaźnikiem. Nie widząc wyraźnych ruchów pneumometru, musimy zawsze przeczekać mniej więcej minutę, zanim igłę głębiej wepchniemy. Przy niewielkich wahaniach sprawdzamy pięciogramową strzykawką Record przez przyssanie, czy igła nie tkwi w naczyniu (nie wciągnie krwi).

Jeżeli w nakłutem miejscu nie natrafiliśmy na jamę opłucnej, nakłuwamy inne miejsce.

Wyjątkowo, — i to po nabraniu wprawy —, wolno tak postąpić: Układ napełnić tlenem i z nim w połączeniu pozostawić; tak ustawić butlę A 2 i kurek pneumometru, by przy istniejącem połączeniu między igłą i butlą A 1 tlen stał pod ciśnieniem O. W takich warunkach poszukujemy igłą wolnej jamy opłucnej, względnie miejsca stykania się obu listków opłucnej; jeśli igła w takiem właśnie miejscu zatrzyma się i rozsunie te listki, to utworzona próżnia wessie gaz, o czem pouczą nas rytmiczne ruchy pneumometru.

Przy pierwszej insuflacyi wprowadzam nie więcej, niż 500 cm sześc. azotu; ze względu na serce nie jest wskazana zbyt nagła zmiana stosunków ciśnienia w klatce piersiowej; być też może, że ucisk zbyt mocny wtłoczyłby do naczyń włoskowatych za wiele naraz toksyn, co może źle wpłynąć na ustrój (tak tłomaczyć muszę objawy toksyczne, występujące w parę godzin po zabiegu). Podczas wprowadzania gazu śledzimy na pneumometrze wahania ruchów oddechowych; od czasu do czasu zamykamy kurek D i sprawdzamy, jak silne ciśnienie zapanowało w jamie opłucnej. Ciśnienie to obok ilości wprowadzonego gazu i podmiotowych wrażeń chorego rozstrzyga o ostatecznej ilości gazu, jaką za każdym razem wprowadzić wolno.

Odmy podskórnej prawie nigdy nie miałem. Uniknąłem jej, stosując dwa środki ostrożności: po pierwsze po ukończeniu zabiegu wyciągałem igłę bardzo powoli, wysuwając ją stopniowo z każdej warstwy ściany klatki piersiowej; powtóre, przy wyjmowaniu igły otwierałem kurek igły Küssa, jeżeli w układzie było ciśnienie dodatnie.

Jako miejsca nakłucia klatki piersiowej polecić należy okolice następujące: od przodu drugie i trzecie międzyżebrze, gdzie mi się udawało znajdować wolną jamę opłucną po wielokrotnych bezskutecznych poszukiwaniach w innych okolicach; z boku — międzyżebrze szóste i siódme; z tyłu — najniższe międzyżebrza albo okolice międzyłopatkowe.

Jeżeli wytworzona odma sztuczna nie uciska płuca dostatecznie, obkłuwamy płuco z różnych stron, wytwarzając odmę wielokomorową.

O roli manometru w wykonawstwie odmy sztucznej mówił już wyczerpująco kol. Dłuski.

O tem, czy należy dążyć do zupełnego ucisku płuca, czy też tylko do rozluźnienia jego tkanki, pomówię poniżej.

Już z tego, że nawet najsilniejszy ucisk, istniejący tuż po insuflacyi, słabnie potem z powodu wsysania się gazu, wynika jasno, że zupełny ucisk płuca, zupełna jego nieruchomość nie jest możliwa. Wogóle zaś odmę zupełną osiągamy stosunkowo rzadko. O wiele częstsza bywa odma niedoskonała, komorowa; i taka jednak odma może czynnościowo wystarczyć do wywołania zamierzonego wyniku leczniczego.

Częstość zapaleń opłucnej w przebiegu przewlekłych suchot płucnych sprawia, że zrosty opłucne są u chorych na suchoty prawidłem, najczęściej więc możemy wytworzyć tylko odmę komorową, a wynik leczniczy zależy od tego, czy w uciśniętym odcinku płuca usadowione jest ognisko gruźlicze, w danej chwili czynne. Zrosty szczytowe grają tu rolę nie często, wtedy jedynie, jeżeli w płacie górnym znajduje się wielka jama, a więc kiedy zrost szczytowy przeszkadza zapadnięciu się tej jamy. Najcięższą przeszkodę techniczną stanowią zrosty płaskie, boczne; są to zrosty twarde, uniemożliwiające powiększanie wytworzonej odmy (lub wręcz uniemożliwiające wytworzenie odmy): wysokie ciśnienie odepchnie daleko śródpiersie, naderwie tkankę płucną, wtłoczy i przedziurawi ściankę jamy płucnej, naderwie naczynie przebiegające w rozciągniętym jakimś zroście, — wszystko to nieraz łatwiej, aniżeli odłuszczy mocny zrost płaski.

Dlatego należy unikać wysokiego ciśnienia. Jeśli te zrosty ustępują, to raczej przed uciskiem długo trwającym, stałym, niż przed nagłem a znacznem zwiększeniem ciśnienia. Spostrzegałem przypadek powstania odmy dwukomorowej w taki sposób, że przez szparę w zroście gaz przedostawał się pod opłucnę oddalonego odcinka płuc i tam wytwarzał drugą komorę odmową. Powstanie odmy dostatecznej zależy więc często od warunków, nie dających się przewidzieć, ani opanować.

Nagół ciśnienie w odmie doskonałej nie potrzebuje podczas wdechu przewyższać zera; w odmie niedoskonałej musimy stosować większe ciśnienie. Nie są to jednak jakieś zasady bezwzględne, bo — mojem zdaniem — stopień stosowanego ciśnienia zależy od charakteru przypadku,

względnie od celu, do jakiego zabieg zmierza. Ale o tem dalej będzie mowa.

Reinsuflacye powtarzamy z początku co 2—3—4 dni, potem rzadziej, n. p. co tydzień, co miesiąc, co sześć tygodni — stosownie do szybkości, z jaką gaz zostaje wessany, względnie — zależnie od nawrotu objawów chorobowych, jakie były już przez odmę usunięte.

(Dokończenie nastąpi).

Z c. i k. szpitala zakaźnego w Łobzowie.
(Komendant lekarz sztabowy Dr Z. Scharf).

O rozpoznawaniu i leczeniu ospy

podał

Dr Maryan Gieszczykiewicz,
lekarz asystent c. k. obrony krajowej,
asystent Uniw. Jagiell.

(Według odczytu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem d. 21. VI. 1916).

W czasach pokojowych należała ospa u nas do chorób rzadszych, wojna jednakże wywołała w Galicyi, obok innych, także epidemię ospy i uczyniła sprawę rozpoznania i leczenia ospy znowu aktualną. W ostatnich czasach miałem sposobność prowadzić baraki dla chorób wysypkowych ostrych w Łobzowie przez 8 miesięcy, t. j. od połowy września 1915 aż do połowy maja 1916, a więc właśnie przez zimę, w której w Galicyi szerzyła się zastraszająca epidemia ospy, dopiero przez energiczną akcyę Książęco-Biskupiego Komitetu i Uniwersytetów krajowych stłumiona. Oprócz tego mogłem korzystać z zapisków mojego poprzednika, Dr R. Ohrensteina, z wiosny i lata 1915, które zwłaszcza przy zestawianiu statystyki starałem się uwzględniać.

Przez szpital w Łobzowie przesunęło się 113 chorych na ospę, z tego 44 przypadków ospy prawdziwej, 68 ospy złagodzonej (variolois). Oprócz tego kilkadziesiąt przypadków rozpoznano jako ospę wietrzną; mojem zdaniem w tej liczbie kryje się wiele przypadków poronnej formy ospy prawdziwej.

Postrachem zarówno dla laików, jak dla lekarzy, jest ospa krwotoczna. Rozróżniamy dwie jej formy: ospę krwotoczną krostkową (variola pustulosa haemorrhagica) i plamicę ospową (purpura variolosa). Pierwsza polega na pojawianiu się krwi w krostach w okresie ropienia, druga na występowaniu wybroczyn w okresie wysypywania się (st. eruptionis), zanim jeszcze dojdzie do zropienia. Plamica ospowa jest to najcięższa forma ospy, wiodąca bardzo szybko do zejścia śmiertelnego. Spostrzegałem w Łobzowie dwa takie przypadki; w jednym z nich, gdzie badałem krew bakteryologicznie, udało mi się stwierdzić we krwi za życia obecność paciorkowców hemolitycznych. Jakkolwiek na zasadzie jednego badania trudno wyciągać ogólne wnioski, to przecież uzasadnionem wydaje mi się twierdzenie, że przynajmniej część tej, dość trudnej do wytłómaczenia formy ospy polega na zakażeniu mieszanem, a mianowicie na dołączeniu się paciorkowca hemolitycznego do zakażenia ospowego.

Dokładne wywiady co do szczepienia udało mi się zebrać w 22 przypadkach ospy prawdziwej i 30 ospy złagodzonej. Nieszczepionych było 5, tudzież 2 szczepionych wprawdzie, lecz bez skutku, czyli tak jakby nieszczepionych. Z tych 7 zmarło 4, czyli 57%, 2 wyzdrowiało po ciężkim przebiegu, u jednego przebieg był lekki. Rewakcynowani z wynikiem dodatnim zapadali tylko na ospę złagodzoną (variolois), u rewakcynowanych z wynikiem ujemnym występowała jednakże ospa prawdziwa o ciężkim przebiegu (3 przypadki). Znaczna część chorych na ospę (24) była szczepiona bezpośrednio przed zachorowaniem, więc w okresie wylęgania, lub tuż przed zakażeniem.

Śmiertelność na ospę w Łobzowie wynosiła 13 na 113, czyli 11·5%, z tego przypada 3 na zupełnie nieszczepionych, 1 był szczepiony, ale bez wyniku, czyli właściwie liczyć można 4 nieszczepionych, 1 był szczepiony przed 20 laty, 6 szczepionych lub rewakcynowanych w ostatnich kilku dniach przed zachorowaniem, u 2 brak zapisków.

Że szczepienie z wynikiem dodatnim chroni przed ospą, jest pewnikiem, nie dającym się obalić, sporną może być jedynie kwestya czasu, przez który trwa odporność, kiedy się zaczyna i jak długo się utrzymuje. Otóż co do czasu trwania odporności zaznaczyć muszę, że było zaledwie kilku chorych, którzy byli szczepieni z pozostaniem blizn w ostatnich 10 latach. Szczepienie, odległe od zachorowania o kilkanaście lat, łagodziło zawsze przebieg choroby. Co do terminu, od którego począwszy, szczepienie działa, to rzecz ta na podstawie materyału łobzowskiego przedstawia się w sposób następujący. Jeżeli szczepienie zostanie wykonane więcej niż na 3 tygodnie przed zachorowaniem, a zatem jeszcze przed zakażeniem, to nie dochodzi do wybuchu choroby. Natomiast mieliśmy 2 chorych, którzy podawali, że byli szczepieni na 3 tygodnie przed zachorowaniem, 6 zaś, którzy mówili, że na 2 tygodnie przed zachorowaniem, a stan krost szczepiennych nie sprzeciwiał się wywiadom. Były to wszystko poronne, złagodzone formy ospy. Zdaje się zatem, jeżeli przyjmiemy okres wylęgania ospy na 8—16 dni, że szczepienie w tych dniach, kiedy następuje zakażenie, niezawsze chroni przed zachorowaniem, zawsze jednak łagodzi przebieg choroby. Także szczepienie w najbliższych dniach po zakażeniu, o ile nie zapobiega, to łagodzi przebieg choroby. Inaczej jednakże ma się rzecz, jeżeli szczepienie zostało wykonane w ostatnich 4 dniach przed zachorowaniem, czyli przeszło tydzień po zakażeniu. Wtedy przebieg choroby był z reguły ciężki i często kończył się zejściem śmiertelnem. Mianowicie blizko połowa zmarłych w Łobzowie na ospę, to byli właśnie szczepieni w ostatnich dniach przed zachorowaniem; szczepienie, wykonane w tym okresie, nie chroni już przed chorobą mimo dodatniego wyniku, nawet nie łagodzi przebiegu, przeciwnie zakażenie przebiega szczególnie złośliwie, tak, że nie mogę oprzeć się wrażeniu, iż istnieje przy ospie, jak zresztą przy innych szczepieniach ochronnych, okres ujemny, trwający kilka dni, i nie jest dobrze dla chorego, jeżeli początek choroby na ten okres przypadnie.

Co do rozpoznawania ospy, chciałbym głównie podać, jak poszczególne objawy, uznane za znamienne dla ospy, dały się w praktyce zużytkować i z jakiemi pomyłkami rozpoznawczemi miałem sposobność się spotkać.

Rozpoznanie ospy prawdziwej w okresie wysypki od chwili, kiedy w guzkach zaczyna się nagromadzać płyn, nie przedstawia żadnych trudności i należy do najłatwiejszych zadań dyagnostyki lekarskiej. Trudności rozpoznawcze przedstawia tylko ospa w okresie początkowym i poronna jej forma, t. zw. ospa złagodzona (variolois).

Co do rozpoznania ospy w okresie początkowym (stadium invasionis), t. j. w ciągu pierwszych 2—4 dni choroby, zanim jeszcze pojawi się wysypka, to jest to zadanie niezmiernie trudne, w większości przypadków wręcz niemożliwe do rozwiązania, w najlepszym razie tylko z pewnem prawdopodobieństwem. Miarą trudności, jakie tu nastręcza rozpoznanie, jest fakt, że z 11 przypadków ospy, które przybyły do Łobzowa w tym okresie, żaden nie został przez lekarza przysyłającego, ani lekarza dyżurnego, przyjmującego, rozpoznany jako ospa, nawet nigdzie ospy nie przypuszczano: 7 przypadków przyszło jako dur brzuszny, w 4 przypadkach rozpoznano odrę, w jednym dur plamisty. Raz tylko jeden z kolegów pokusił się o rozpoznanie ospy w okresie wtargnięcia; kolega ten przysłał

nam poprzednio kilku chorych, podejrzanych o dur, gdzie później stwierdzono ospę. Gdy w kilka dni potem zgłosił się w jego batalionie do wizyty lekarskiej chory z wysoką gorączką, nagłym początkiem choroby, bólami w głowie i w krzyżach, chory, który świeżo przybył z wschodniej Galicyi, kolega ów zaryzykował rozpoznanie ospy w okresie wtargnięcia i właśnie się pomylił, bo, jak się później okazało, nie była to ospa, lecz dur plamisty. Fakt ten przytaczam dla lepszej ilustracyi trudności, jakie w praktyce rozpoznanie ospy w okresie wtargnięcia nastręcza.

Z objawów wymienianych jako charakterystyczne dla ospy w tym okresie, spotykamy prawie zawsze nagły początek, u nas przeszło w 90% wszystkich przypadków. Jest to objaw wysoce charakterystyczny dla ospy, zwłaszcza, jeśli chodzi o odróżnienie jej od duru brzusznego. Czasami spotyka się wprawdzie w ostatnich dniach przed zachorowaniem krótkotrwałe wzniesienia ciepłoty — miałem sposobność spostrzegać to w jednym przypadku zakażenia szpitalnego — chory czuje się jednakże przytem względnie dobrze i właściwy początek choroby odcina się zupełnie ostro od tych objawów zwiastunowych. Dreszcze z początkiem choroby spotyka się również w ogromnej większości przypadków (w Łobzowie około 80%). Ból głowy należy do stałych objawów okresu wtargnięcia ospy; spotykałem go niemal w 100% przypadków. Objawy te występują jednakże i w innych chorobach zakaźnych, jak zapalenie płuc i dur wysypkowy. Objaw, podawany ogólnie jako bardzo charakterystyczny dla ospy, mianowicie ból lędźwiowy, spotykałem w 59% przypadków; w 41% chorzy nie przypominali sobie bólów w krzyżach, mimo że bardzo dokładnie pamiętali dreszcze, bóle głowy, nudności i t. p. objawy. Nudności w okresie wtargnięcia spotykałem w $^2/_3$ ciężkich przypadków ospy, wymioty w połowie tychże przypadków. Okres wtargnięcia ospy złagodzonej przebiega częściej bez nudności i wymiotów. Nieraz zdarzają się pod koniec okresu wtargnięcia krwawienia z nosa.

Różyca ospowa (rash) jest również objawem, podawanym jako bardzo charakterystyczny dla ospy. Objaw ten występuje jednakże tylko w niewielkim odsetku przypadków ospy i wiedzie częściej do pomyłek rozpoznawczych, niż na właściwą drogę. Mayringer (1) spostrzegał w Wiedniu 1907 r. różycę przedospową 3 razy na 160 przypadków, Morawetz (2) w czasie epidemii wojennej 3 na 1200 przypadków. W Łobzowie spostrzegano różycę przedospową 3 razy. Rozróżniamy 2 rodzaje różycy przedospowej. Jeden typ jest podobny do wysypki odrowej. Pamiętam doskonale przypadek, który tak był podobny do odry, że został nam przysłany z tem rozpoznaniem i przy przyjmowaniu ani ja, ani koledzy, którzy ten przypadek widzieli, nie mieliśmy żadnych wątpliwości co do trafności rozpoznania i posłaliśmy chorego na oddział odrowy. Tymczasem ku ogólnemu zdziwieniu wysypka na drugi dzień znikła, a na jej miejsce wystąpiła wysypka ospowa. Różyca odrowata tem się różni od odry, że odra zajmuje przedewszystkiem twarz, natomiast różyca sadowi się głównie na tułowiu i kończynach. Plamki Koplika, silne objawy nieżytowe spojówek i dróg oddechowych będą przemawiać za odrą, brak ich, względnie słabe nasilenie pozwolą przypuszczać ospę. Różyca odrowata pozwala rokować korzystnie, z reguły poprzedza ospę złagodzoną. Czasem, jeśli różyca jest słabiej rozwinięta, przypomina bardzo obfitą różyczkę przy durze brzusznym lub w jeszcze większym stopniu wysypkę przy durze plamistym. Przeciw durowi plamistemu przemawiać będzie wczesne występowanie plamek (już na 2 lub 3 dzień choroby), przeciw durowi brzusznemu oprócz wymienionej cechy nagły początek, leukocytoza. W wątpliwych przypadkach niemałe znaczenie posiada zebranie wywiadów co do szczepienia. Stwierdzenie świeżych blizn po szczepieniu pozwala prawie zawsze ospę wyłączyć. Pomieszać z różycą przedospową można pewne formy rumienia toksycznego, który często przebiega z gorączką. Nieraz rozróżnienie tych dwu spraw jest możliwe dopiero po kilkudniowej obserwacyi.

Drugi rodzaj różycy przedospowej jest zbliżony do wysypki płoniczej i sadowi się z reguły w t. zw. trójkącie Simona na udach i dolnej części brzucha. Przy płonicy jednak gardło bywa silniej zajęte, a wysypka sadowi się także na innych częściach skóry. Różyca o typie płoniczym jest ze względu na rokowanie gorsza. W szpitalu w Łobzowie spostrzegaliśmy wyłącznie różycę o typie odrowym. Różyca jest objawem efemerycznym, wątpliwości z tego powodu nie trwają nigdy długo.

Niemałe trudności rozpoznawcze przedstawia również ospa w pierwszych dniach wykwitania (stadium eruptionis). Pierwszym wykwitem jest plamka. Kilka takich plamek, rozrzuconych po tułowiu, niejednokrotnie żywo przypomina różyczkę durową, jednakże plamka ospowa nigdy nie ma tego jasnoróżowego odcienia, jak różyczka durowa, od początku jest znacznie ciemniejsza i jakkolwiek blednie pod uciskiem, to przecież nie znika zupełnie. Podobna może być do wysypki przy durze plamistym — pomyłki w tym kierunku się zdarzały — lub do wysypki kiłowej. Wątpliwości trwają jednakże niezmiernie krótko, po kilku, kilkunastu godzinach już bowiem plamka przetwarza się w guzek, a również ilość plamek zwiększa się niemal z godziny na godzinę. Pierwsze plamki niekoniecznie pojawiają się naprzód na twarzy, owszem, ze względu na to, że twarz jest przy ospie najsilniej zajęta, występuje pierwszy okres wysypki ospowej na twarzy często w formie rozlanego zaczerwienienia, mniej wpadającego w oko, niż pojedyncze plamki na skórze tułowia. Kiedy wysypka obficie pokryje całe ciało, powstaje obraz, nieraz łudząco przypominający odrę tak, że nawet starzy, znani interniści, przysyłali do Łobzowa ospę z rozpoznaniem odry. Z drugiej strony odra, zwłaszcza po kąpieli, daje czasem obraz wysypki, ogromnie przypominający ospę, zwłaszcza gdy skutkiem zadrażnienia skóry wysypka stanie się silnie wyniosłą ponad poziom skóry, a nie jest zbyt obfitą. Przeciw odrze a za ospą przemawiać będzie brak wybitniejszych objawów nieżytowych ze strony spojówek, nosa, gardła, oskrzeli, dalej spadek gorączki i euforya w okresie wysypywania się, a za odrą plamki Koplika, wysoka gorączka w okresie wysypywania się, silne objawy nieżytowe.

Uniknąć można błędów rozpoznawczych bardzo łatwo, jeżeli się nie określa rozpoznania odrazu, lecz obserwuje się chorego przynajmniej kilkanaście, najlepiej 24 godzin. Wysypka ospowa zmienia się w tym czasie tak szybko, że ta jej zmienność sprowadza nas w rozpoznaniu na właściwą drogę.

Pewne podobieństwo do ospy w pierwszym okresie wysypki dają niektóre formy trądzika (acne vulgaris). Jeżeli chory z atypowym trądzikiem dostanie zapalenia płuc, grypy lub innej choroby zakaźnej, mogą powstać wątpliwości, czy guzki na twarzy i na klatce piersiowej nie są pierwszym okresem ospy. Za trądzikiem przemawiać będzie usadowienie w okolicach ciała, charakterystycznych dla tej sprawy, stwierdzenie łojotoku, zaskórników (comedones), za ospą uniwersalne występowanie wysypki. Duże wątpliwości może dawać złośliwa kiła, występująca z wysoką gorączką. Wysypka kiłowa zaczyna się jednak od tułowia, guzki nie są tak jędrne, niema tak długo trwającego okresu pęcherzykowego. Wreszcie można posługiwać się próbą Wassermanna.

Wysypka ospowa w swym najpierwszym okresie sadowi się z upodobaniem w miejscach przekrwionych. Jeżeli chory w przeddzień zachorowania zostanie zaszczepiony przeciw cholerze, durowi lub ospie, co miałem również sposobność spostrzegać kilka razy w Łobzowie, to zdarzyć się może, że skóra dokoła miejsca szczepienia będzie pokryta wysypką o charakterze nawet guzkowym, gdy reszta skóry będzie jeszcze niezajęta. Tak samo często sadowią się pierwsze plamki w miejscach, narażonych na ucisk. Kąpiel wpływa ogromnie na rozwój wysypki, której obraz na kilka

godzin po kąpieli może być do niepoznania różny. Nieraz pierwsze wykwity sadowią się na błonie śluzowej gardła, co umożliwia czasem rozpoznanie, zanim wysypka zajmie całą skórę.

Gdy zaczyna się ropienie, wówczas wątpliwości rozpoznawcze przy ospie prawdziwej znikają, żadna bowiem sprawa chorobowa nie daje tak wielkiej ilości krost o jednakowym, charakterystycznym typie. Natomiast wielkie trudności sprawia odróżnienie złagodzonej formy ospy (ospianki, variolois) od ospy wietrznej. Sprawa ta została jednakże w wyczerpujący sposób omówiona w tegorocznym »Przeglądzie lekarskim« przez kol. Friedberga (3), tak że nie pozostaje mi nic innego, jak odesłać czytelnika do tego, ze wszech miar zasługującego na uwagę artykułu, który kilkoma tylko uwagami chciałbym uzupełnić.

Zazwyczaj za zasadniczy szczegół przy rozróżnieniu tych dwu spraw uważa się równoczasowość wszystkich wykwitów w ospie złagodzonej (variolois), a występowanie wszystkich okresów obok siebie w ospie wietrznej. Tymczasem już Biegański (4) w swojej »Dyagnostyce różniczkowej« podkreśla, że o ile równoczasowość wykwitów jest cechą, wysoce charakterystyczną dla ospy prawdziwej, o tyle nie da się to zastosować do ospy złagodzonej, przy której, kiedy jedne krosty są już zupełnie wytworzone, lub nawet zasychają, inne przedstawiają obraz grudki lub plamki. W tej chorobie często też spotykamy grudki lub pęcherzyki, które nie przechodzą w krosty. Spostrzeżenie to potwierdza na zasadzie materyału 1200 przypadków Morawetz (2), autor, który w wątpliwych przypadkach wydatnie posługiwał się dyagnostyką doświadczalną na rogówce królika. Mojem zdaniem występowanie kilku okresów wysypki obok siebie nie wyłącza jeszcze ospy złagodzonej i zgodnie z Biegańskim uważam stwierdzenie kilkudniowego okresu wtargnięcia z wysoką gorączką za ważniejszy o wiele szczegół rozpoznawczy, niż sam obraz wysypki.

Co do dyagnostyki doświadczalnej chciałbym zaznaczyć, że do posługiwania się odczynem rogówkowym na króliku nie jest niezbędną pracownia, zaopatrzona w mikroskopy i mikrotomy, że bardzo dużo daje sam obraz makroskopowy szczepionej rogówki. Doświadczenie wykonywa się według Paula (5) w ten sposób, że zapuszcza się do obu ócz królika 2—5% rozczyn kokainy i po kilku minutach wysusza się dokładnie worek spojówkowy. Następnie rysuje się rogówkę kilkakrotnie w kratę igłą, brzegiem szkiełka nakrywkowego lub innem podobnem narzędziem i szczepi się ropę podejrzaną. Po 48—72 godzinach, jeżeli pasorzyt ospy w ropie był obecny, wytwarzają się na rogówce charakterystyczne guzki, przechodzące później w pęcherzyki z zagłębieniem talerzykowatem w pośrodku. Guzki te nie zlewają się z sobą, w przeciwieństwie do zmian, wywołanych przez drobnoustroje ropotwórcze, które prowadzą do więcej rozlanego zmętnienia rogówki, wychodzącego od rys, gdy natomiast przy ospie rogówka pozostaje zresztą czysta, a rysy znikają. Przy ospie wietrznej rogówka nie okazuje żadnych zmian. Guzki ospowe na rogówce wyglądają jak bańki powietrza, a tem się od nich różnią, że nie dają się usunąć przez przesuwanie powieki. Szczególnie wyraźnie uwydatniają się po wyłuszczeniu oka i utrwaleniu w alkoholowym rozczynie sublimatu (dwie części nasyconego rozczynu sublimatu, t. j. 2 grm, zagotowane w 30 cm³ wody przekroplonej, poczem dodaje się 1 część alkoholu absolutnego) jako kredowo białe punkty na zmętniałej pod wpływem odczynnika rogówce. Przy wyłuszczeniu oka należy uważać, żeby nie zakrwawić rogówki. W typowych przypadkach pozwala już makroskopowy obraz tak spreparowanej rogówki na stwierdzenie ospy. W niewielu wątpliwych przypadkach można taką rogówkę w odrobinie alkoholu przesłać do odpowiedniego zakładu dla zbadania co do ciałek Guarnieriego.

(Dokończenie nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

Dr med. Bolesław Dębiński: **Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.** (Wydawnictwo »Gazety lekarskiej«, Warszawa 1916).

Monografia B. Dębińskiego, znanego badacza w dziedzinie gruźlicy, stanowi cenny nabytek dla naszego piśmiennictwa, nie obfitującego zbytnio w badania nad sztuczną odmą opłucną. — Autor z właściwą sobie ścisłością naukową, połączoną z bystrością wytrawnego klinicysty, obejmuje całokształt pytań, dotyczących zarówno teoretycznej, jak i praktycznej strony sztucznej odmy. Idąc krok za krokiem w jego monografii, spotykamy przedewszystkiem w »rysie historycznym« podkreślenie zasług Carsona, który pierwszy w r. 1882 położył teoretyczne podwaliny sztucznej odmy i wykonał ją na króliku, co nie zmniejsza bynajmniej zasług Forlaniniego, a następnie Brauera i Saugmanna. Technika przedstawiona jest zwięźle, ale bardzo dokładnie, tak że nie obznajmionemu z nią toruje właściwą drogę do poznania. Autor słusznie podnosi dwie bardzo ważne rzeczy, formułując je w następujący sposób: 1) nie wprowadzać gazu, gdy nie mamy ciśnienia ujemnego i wyraźnych wahań manometrycznych, 2) w razie podejrzenia, że koniec igły znajduje się w płucach, należy przekonać się za pomocą strzykawki Record, czy nie dostaniemy krwi. Również słusznie twierdzi autor, że metoda »cięcia« Brauera nie ma żadnej wyższości nad zwykłem nakłuciem i wcale skuteczniej nie chroni, jak wykazuje praktyka, przed zatorem gazowym; chodzi tylko o to, aby nakłucie było »lege artis« wykonane. Powstaje tylko jedna wątpliwość, czy wpuszczanie z reguły 300—400 cm³ azotu podczas pierwszego nakłucia przy istnieniu wolnej jamy opłucnej, nie jest ilością zbyt małą, przyjmując naturalnie za zbyt dużą ilość 2000—3000 cm³ (Murphy, Lemke). Autor uzasadnia swą dawkę tem, że wpuszczenie większej ilości azotu wywołuje przykre uczucie duszności, ucisku i t. d. Sądzimy na podstawie doświadczenia różnych badaczy, że ilość dwukrotnie większa nie sprowadza — a chyba sprowadzić może wyjątkowo — owo przykre uczucie u chorego. W sprawie powikłań opisuje autor różne postacie rozedmy i bliżej zatrzymuje się nad wysiękami, które we własnej praktyce spotykał rzadko, tylko w 15% przypadków, gdy średnio zdarzają się w 50%, wedle cyfr z dostępnego nam piśmiennictwa. Podkreśla też, zgodnie z Arthurem Mayerem, konieczność badań cytologicznych, bakteryologicznych i chemicznych, a to celem zdobycia, stosownie do wyniku tych badań, odpowiednich wskazówek klinicznych. A Mayer, jak wiadomo, uważa tylko wysięki z dużą ilością komórek eozynochłonnych, którym towarzyszy obecność swoistych niweczników, za powikłanie pomyślne; takie wysięki należy pozostawić samym sobie. Inne zaś, a mianowicie wysięki o charakterze gruźliczym lub ropnozakaźnym, należy, zdaniem autora, stopniowo usuwać i wprowadzać azot. Autor z dobrym skutkiem leczył przypadek odmy samoistnej z wysiękiem ropnym, sięgającym do kąta łopatki, wpuszczając — wedle metody Röslera — przy początkowych aspiracyach na miejsce wypuszczonego płynu mniejsze stosunkowo ilości azotu. Dotykając najważniejszych powikłań: rzucawki opłucnej i zatoru gazowego, rozróżnia Dębiński przypadki, należące do pierwszej lub drugiej kategoryi, wbrew krańcowym poglądom Forlaniniego i Brauera, z których pierwszy wszystko przypisuje rzucawce, a drugi — zatorowi. Autor upatruje przyczynę lżejszych objawów, jak zawroty głowy, wymioty, zmiany w tętnie i t. p. w rzucawce, zaś ciężkie zaburzenia (drgawki, utrata przytomności, porażenia połowicze lub całkowite), uważa za następstwo zatoru. Wreszcie do powikłań w przebiegu leczenia odmy zalicza autor krwotoki płucne, których miał aż 3 na 27 przypadków (dwa lekkie, a jeden śmiertelny), gdy średnio zdarzają się znacznie rzadziej, jak nas poucza piśmiennictwo. Krwotoki takie, można powiedzieć, są istotnie rzeczą przypadku Z drugiej znów strony za pomocą dwukrotnej insuflacyi azotu (razem 925 cm³) powiodło się autorowi wstrzymać obfity, 2 tygodnie trwający krwotok płucny. Wspominając o przypadkach Finziego i Faguioliego, sądzi Dębiński, zgodnie z nimi, że przy takich upartych krwotokach uciśnienie płuca przez odmę jest zupełnie uzasadnione. Przechodząc do wskazań, słusznie Dębiński podnosi, że nietylko postacie przewlekłe z nacickami lub jamami ograniczonemi, lecz i postacie ostre, jak serowaciejące zapalenie płuc (pneumonia lub bronchopneumonia caseosa), ze względu na brak zrostów znakomicie nadają się do leczenia odmą sztuczną. W przypadku zaś Nr 4 (phthisis caseosa dextra) wynik śmiało można nazwać znakomitym. — Mówiąc o przeciwwskazaniach, do których za-

liczone są zmiany gruźlicze rozległe, głębokie i postępujące w obu płucach, charłactwo, gruźlica jelit, oraz powikłania gruźlicy przez ciężkie schorzenia innych narządów (cukrzyca, niewyrównane wady serca i t. p.), słusznie Dębiński zaznacza rolę zrostów. Powtarzamy dosłownie: »Obecność zrostów opłucnej nie może być właściwie uważana za przeciwwskazanie do odmy sztucznej, lecz za niemożliwość wykonania odmy, o ile listki opłucnej są zrośnięte całkowicie (synechia totalis pleurae), lub też tylko za utrudnienie, o ile zrosty są częściowe (synechiae partiales pleurae)«. — Ale też równie słusznie dodaje Dębiński, że ani badanie fizyczne, ani rentgenowskie nie rozstrzygają tu ostatecznie, lecz zgodnie z doświadczeniem tylko insuflacya. Stosownie do ilości i jakości zrostów i ich rozluźniania się przy insuflacyi, nastąpić może całkowita lub częściowa odma, lecz i ta zgodnie z doświadczeniem »może być bardzo pożyteczna«.

Przechodząc do wyników Dębińskiego, należy je uważać za bardzo pomyślne. Przedewszystkiem co się tyczy bezpośrednich wyników, widzimy wyraźnie dodatni wpływ odmy na gorączkę, kaszel, plwocinę, na poprawę stanu ogólnego i łaknienia. Jeśli rozpatrzeć bliżej jego materyał kliniczny, który bezwątpienia jest ciężki, to i trwałe wyniki gorzej się nie przedstawiają. I tu należy podkreślić przypadek Nr 8, gdzie nastąpiła przy utracie gorączki nietylko poprawa w ciężko zmienionem płucu, lecz i zabliźnienie owrzodzeń gruźliczych krtani. Przytaczamy autora dosłownie: »Tak więc na 27 chorych, dotkniętych gruźlicą ciężką, rozpadową i gorączkujących wysoko, u 7 otrzymano poprawę długotrwałą, u 5 — poprawę czasową, u 6 — nastąpiło pogorszenie, u 7 — nie można było wytworzyć odmy. Wreszcie u jednego chorego był zatrzymany ciężki krwotok płucny i jeden chory z wysiękiem ropnym znacznie się poprawił«.

Piszemy się też dosłownie na ostateczny wniosek: »Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że chorzy ci byli w ciężkim stanie i, rzec można, skazani na śmierć niechybną, to musimy dojść do przekonania, że odma sztuczna jest metodą, która stanowi istotny postęp w leczeniu gruźlicy płucnej...« »Metoda ta jest długotrwała, żmudna, wymaga dużo cierpliwości ze strony lekarza i chorego, lecz daje niekiedy wyniki tak nadzwyczajne u ciężko chorych, że sowicie opłaca włożone trudy. Mniemam, że niestosowanie tej metody w przypadkach, w których istnieją odpowiednie wskazania, stanowi błąd w wykonywaniu sztuki lekarskiej«.

Wspomnieć wreszcie należy, że dodane w końcu pracy rentgenogramy w liczbie 12, obrazowo ilustrują stan chorego płuca przed i po wytworzeniu odmy sztucznej.

K. Dłuski (Zakopane).

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

I. Posiedzenie Wydziału Izby 19 maja 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prezydenta Dr Kohlberger, członkowie wydziału Dr Drzymalik i Dr Mikołajski.

Usprawiedliwili swą nieobecność: zastępcy wydziałowych Dr Meisels i Dr Kielanowski.

Prezydent konstatuje odpowiedni komplet do uchwał i otwiera posiedzenie.

1. Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2. Prezydent zdaje sprawę z podpisania imieniem Izby IV pożyczki wojennej w sumie 40.000 kor.

3. Prezydent zawiadamia, że podjęto ratę rządowego zasiłku w kwocie 4.222 kor. 50 hal.

4. Gminy Cieszanów, Tyśmienica i Kamionka Strumiłowa proszą o interwencyę w sprawie pozyskania lekarzy. Uchwalono pomieścić odpowiednią odezwę w dziennikach.

5. Izba lekarska styryjska zawiadamia o wysłaniu pisma z odpowiedzią na zapytanie Związku Towarzystw ubezpieczeń od wypadków. Przyjęto do wiadomości.

6. Odczytano i przyjęto do wiadomości pismo Dr Z. z S. w sprawie udzielenia zapomogi.

7. Odczytano pismo wdowy po lekarzu p. Kaczurbowej w sprawie udzielenia pożyczki zwrotnej. Uchwalono odpisać, że Wydział pożyczek w zasadzie nie udziela — uwzględniając jednak wyjątkowe krytyczne położenie petentki udziela jej zapomogę w kwocie 100 kor.

8. Wybór zastępcy przewodniczącego »Kasy chorych lekarzy« na okres 3-letni. Wybrano ponownie Dr Kwiatkiewicza.

9. Pismo Dr M. z L. z zapytaniem, czy lekarzowi, wezwanemu do domu chorego, przysługuje prawo żądania osobnego honoraryum za badanie i ordynacyę innych osób, przedstawionych mu dodatkowo do ordynacyi. Uchwalono odpowiedzieć w myśl referatu Dr Drzymalika twierdząco.

10. Pismo Dr Bierera ze Lwowa w sprawie wysokości wynagrodzenia za ordynacyę podczas inwazyi w domu sierot. Uchwalono odnieść się do kuratoryi Zakładu sierot izrael. z prośbą o wyjaśnienie.

11. Pismo Dr B. ze Lwowa w sprawie reklamacyi od służby wojskowej Uchwalono potwierdzić, że liczba dentystów we Lwowie spadła z 40 na 12.

12. Podania lekarzy o uwolnienie od opłat do Izby. Chir. W. z M. uwolniono za r. 1916 całkowicie. Dr B. z K. uwolniono za r. 1915 i 1916 od $^{2}/_{3}$ części. Dr S. z L. za r. 1916 od połowy. Dr S. z G. za 1914 od $^{2}/_{3}$, za 1915 całkowicie, za 1916 od $^{2}/_{3}$ części.

13. Na pismo c. k. Administracyi podatków z zapytaniem o miejsce pobytu Dr B. z L. uchwalono odpisać, że obecnie służy przy wojsku.

Rada honorowa.

14. Przyjęto do wiadomości wypracowany przez referenta tekst sprawozdania Wydziału Izby do c. k. Namiestnictwa w sprawie rekursu Dr O. z L. przeciw uchwale Rady honorowej z 5. listopada 1915.

II. Posiedzenie Wydziału Izby 31 maja 1916

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, zastępca czł. Wydz. Dr Meisels.

1. Odczytano i przyjęto do wiadomości protokół z posiedzenia 19 maja 1916.

2. Prezydent odczytuje zreferowane przez siebie podanie do c. k. Ministerstwa spraw wewn. w sprawie zatwierdzenia statutu kasy pensyjnej dla wdów po lekarzach. Przyjęto do wiadomości.

3. Prośba gminy Busk o lekarza. Uchwalono oprócz ogłoszenia w gazetach odnieść się do Komendy II armii w celu eksponowania tam jakiegoś lekarza, znającego języki krajowe. Tak samo ma się postąpić z prośbą gminy Kamionka Strumiłowa.

4. Pismo Dr L. z O. o poparcie jego podania do c. k. Namiestnictwa w sprawie podwyższenia dyet za delegacye w celu tłumienia epidemii tyfusu plamistego. Uchwalono poinformować petenta, że musi wnieść podanie o remuneracyę, a Izba to podanie poprze.

5. Pismo Dr W. z L. w sprawie partactwa technika dentystycznego B. uchwalono odstąpić c. k. Prokuratoryi Państwa.

6. Prezydent podaje, że na zaproszenie mającego się zawiązać Stowarzyszenia srebrnego krzyża dla rezerwistów wziął udział w posiedzeniu konstytuującem.

7. Pismo Wiedeńskiej Izby lekarskiej w sprawie przyłączenia się do podjętej przez nią akcyi celem skonstatowania, o ile zdrowa albo chora publiczność ponosi szkodę przez obecne wojenne ograniczenia aprowizacyjne. Uchwalono odpisać, że ze względów technicznych i z powodu, że pewna część kraju jest jeszcze w ręku nieprzyjaciela, nie jest Izbie możliwem zająć się skutecznie tą sprawą.

8. Pismo Wydziału wykonawczego Izb lekarskich w sprawie dodatków drożyźnianych dla lekarzy kolejowych. Przyjęto do wiadomości z tem, żeby równocześnie poinformować się u referenta Wydziału krajowego co do dodatku drożyźnianego dla lekarzy okręgowych.

9. Udzielono zapomogi wdowie po chirurgu p. Rosenöhlowej 70 kor., wdowie Schmidtowej 100 kor., wdowie Dortheimerowej 100 kor.

10. W sprawie kwestyonaryusza, rozesłanego lekarzom co do strat materyalnych, poniesionych przez lekarzy wskutek wojny, uchwalono prosić referenta o przyspieszenie referatu.

III. Posiedzenie Wydziału Izby 14 czerwca 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger członkowie Wydziału Dr Drzymalik i Dr Mikołajski, zastępca czł. Wydziału Dr Meisels.

1. Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2 Pismo c. k. Namiestnictwa górno-austryackiego i wdowy po lekarzu p. Kaczurbowej w sprawie jej podania do Rządu

o pensyę wdowią wskutek śmierci męża. Uchwalono odnieść się do pani K., aby przysłała odpis swego rekursu do c. k. Ministerstwa.

3. Pismo Wojennego Zakładu kredytowego w sprawie szkód, poniesionych przez lekarzy wskutek wojny. Uchwalono odpowiedzieć, że Izba przyjmie na siebie obowiązek współdziałania i ma już ku temu zebrane materyały.

4. Pismo Towarzystwa asekuracyjnego »Friedrich Wilhelm« o wskazanie dwóch zaufanych lekarzy. Uchwalono, że Izba nie może wyróżniać lekarzy i załączyć tylko spis lekarzy Towarzystwa wzaj. ubezp. w Krakowie.

5. Odczytano skargę Dr G. z L. przeciw Dr B. z L. i uchwalono ją przedłożyć Radzie honorowej.

IV. Posiedzenie Wydziału Izby 23 czerwca 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg.

1. Prezydent zawiadamia, że Dr Leńko dziękuje Wydziałowi Izby za skuteczne zajęcie się sprawą jego honoraryum lekarskiego i składa na ręce prezydenta kwotę 100 kor. dla wdów i sierot po lekarzach.

2. Prezydent odczytuje pismo c. k. Namiestnictwa w sprawie zażalenia Dr K. na c. k. Starostwo w D. z powodu nieprzyjmowania świadectw szczepienia, wydawanych przez prywatnych lekarzy, zmieniające wskutek interwencyi Izby pierwotne zarządzenie Starostwa.

3. W sprawie Dr Dorosza z Przemyśla przeciw tamtejszej Kasie chorych Zarząd kasy nadsyła wyjaśnienie, które uchwalono przesłać Dr D.

4. Uchwalono przesłać gratulacye prezydentowi Izby wiedeńskiej Dr Fingerowi z powodu 60-lecia urodzin.

5. Prezydent zawiadamia, że w sprawie kredytów dla lekarzy za pośrednictwem Wojennego Zakładu kredyt. jest obecnie w toku konferencya Izby adwokackiej i inżynierskiej z Izbą lekarską.

6. Prezydent podaje do wiadomości, że podjął starania o zapewnienie w razie ewakuacyi odpowiedniej ilości lekarzy dla wykonywania praktyki we Lwowie.

V. Posiedzenie Wydziału Izby 5 lipca 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału: Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg, zastępca czł. Wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent zdaje sprawę z audyencyi u p. Namiestnika w sprawie zabezpieczenia pomocy lekarskiej we Lwowie na wypadek ewakuacyi, jakoteż powrotu zakładników-lekarzy.

2. Prezydent podaje do wiadomości, że w sprawie dodatków drożyźnianych lekarzy okręgowych informacye, zasięgnięte u referenta Wydziału krajowego, wykazały, że Wydział krajowy udzielił wszystkim lekarzom okręgowym dodatek drożyźniany w rocznej kwocie 1200 kor.

3. W sprawie poumieszczanych w różnych sklepach miasta Lwowa anonsów dentysty Dr W. odczytuje prezydent pismo c. k. Komendy wojskowej jako odpowiedź na odezwę Izby z 10 lutego 1916. Uchwalono zawezwać zastępcę Dr W. do Izby i zażądać od niego wyjaśnienia co do tego zastępstwa, oraz zażądać, ażeby wszystkie anonsy sklepowe usunął. Rezultat tego przesłuchania ma się przedłożyć Wydziałowi Izby.

4. Odczytano odpowiedź kuratoryi Zakładu sierot izr. w sprawie remuneracyi Dr B. z L. i uchwalono przesłać interesowanemu.

5. Prezydent podaje do wiadomości, że w sprawie kredytów wojennych dla lekarzy był obecny na wspólnej konferencyi Izb adwokackiej, notaryalnej i inżynierskiej, na której wypracowano memoryał z postulatami, uchwalonymi przez te Izby, do Wojennego Zakładu kredytowego. Odczytuje projekt takiego memoryału od Izby lek. wsch.-galic., przez siebie wypracowany. Wydział przyjmuje projekt bez zmian.

6. Wydział wykonawczy Izb lekarskich podaje do wiadomości, że:

a) W myśl rozkazu Najwyższej Komendy wojsk. z 16/4 1916 będą odtąd lekarze pospolitego ruszenia awansować podług tury.

b) Deputacya Wydziału wykonawczego i organizacyi lekarzy była u Ministra spraw wewn. w sprawie ubezpieczenia społecznego i wydania nowej ordynacyi dla Izb. W obu sprawach przedłożono memoryały.

c) W myśl rozporządzenia całego Ministeryum z 19/3 1915 z terminem obowiązującym od 1/4 1916 Dz. p. p. 69 z 21/3 1916 § 1485 ustawy cyw. należytości lekarskie z tym dniem (t. j. od 1/4 1916) w ciągu 3 lat się przedawniają.

d) Wydział wykonawczy proponuje utworzenie stałego komitetu z delegatów Wydziału i Związku państwowego organizacyi, któryby zajmował się stale sprawą ubezpieczenia społecznego.

Uchwalono przyjąć treść pisma do wiadomości, a w sprawie ad d) odpowiedzieć, że Izba wsch.-galic. zgadza się zasadniczo na wybór komitetu i jego proponowany skład z tem zastrzeżeniem, że wybór jego w tym składzie jest ważny tylko do końca wojny, i że byłoby pożądanem, aby w przyszłości w tym komitecie zasiadał przynajmniej jeden delegat z Izb galicyjskich.

VI. Posiedzenie Wydziału Izby 19 lipca 1916.

Obecni: Prezydent Dr Papée, zastępca prez. Dr Kohlberger, członkowie Wydziału Dr Drzymalik, Dr Mikołajski, Dr Schellenberg; zastępca czł. Wydz. Dr Meisels.

1. Prezydent odczytuje pismo Komendy Armii o przydzielaniu lekarzy z Galicyi pochodzących, powołanych do służby wojskowej, a będących w wieku od 43 do 50 lat, do miejscowości galicyjskich, a to ze względu na brak lekarzy cywilnych.

2. Prezydent powiadamia o konkursie na 5 posad lekarzy okręgowych w okręgu Piotrkowskim i na jedną taką posadę w Radymnie.

3. Prezydent powiadamia, że spis imienny lekarzy, pozostać mających we Lwowie, wręczył komisarzowi rządowemu. Zapewniono go, że legitymacye będą, na wypadek ewakuacyi, doręczone Izbie.

4. Prezydent podaje do wiadomości, że pismo w sprawie wymiany zakładników-lekarzy wysłano wprost na ręce c. k. Namiestnika.

5. Wdowie po lekarzu p. K. w sprawie jej rekursu do Ministeryum uchwalono odpisać, że Izba rekursu poprzeć nie może; możliwem jest tylko poparcie starania o różnicę między pensyą obecnie pobieraną, a pensyą, którąby jej przyznało Ministerstwo z tytułu śmierci męża na tyfus plamisty. Uchwalono dalej doradzić pani K. wniesienie podania o wymierzenie pensyi w drodze łaski.

6. Dr Kohlberger referuje w sprawie podwyższenia taks sądowolekarskich i proponuje podwyższenie na razie wszystkich taks do podwójnej wysokości, zanim taryfa, uchwalona na XVI wiecu Izb, nie zostanie definitywnie załatwiona. Uchwalono wypracowany memoryał przesłać do Wydziału wykonawczego z prośbą o zwrócenie się do Ministerstwa sprawiedliwości, — odpis zaś referatu uchwalono przesłać wszystkim Izbom.

7. W sprawie zatargu Dr B. z kuratoryą Zakładu sierot izr. uchwalono odpisać petentowi, że Izba lek. oszacuje czynności lekarskie w tymże domu sierot wtedy dopiero, jeśli petent zwróci się do c. k. Sądu, a Sąd takiego oszacowania zażąda.

8. Prezydent odczytuje komunikat c. k. Ministerstwa w sprawie oszczędności w lekarstwach, wskazanej wojennymi stosunkami.

Rada honorowa.

9. W sprawie zażalenia Dr G. z L. na Dr B. z L. uchwalono wezwać obu, celem przesłuchania, na dzień 1/8 b. r.

10. Referent Dr Drzymalik odczytuje protokół z przesłuchania Dr W. zastępcy powołanego do służby wojskowej Dr W., który oświadcza protokolarnie, że każe usunąć anonsy sklepowe i odpowiednio do żądania Izby będzie ściślej kontrolował technika dentystycznego. Wobec tego dalsze postępowanie zastanowiono.

I. Zjazd polskiej medycyny wojskowej
w Warszawie 2 i 3 lutego 1917.

Biuro I Polskiego Zjazdu medycyny wojskowej ogłasza uchwały Zjazdu w brzmieniu następującem: 1) Zjazd wyraża życzenie, aby w celu zabezpieczenia dostatecznej i umiejętnej opieki lekarskiej rannym i chorym żołnierzom wojska polskiego — wezwać lekarzy-polaków do jak najliczniejszego wstępowania do szeregów armii polskiej. 2) Wobec odczuwanego w Królestwie braku lekarzy i faktu, że wielu z nich musi pozostawać w szpitalach cywilnych większych miast, Zjazd wyraża życzenie, aby przy organizowaniu pomocy szpitalnej zużytkowano w charakterze ordynatorów i konsultantów tych lekarzy cywilnych, którzy do służby iść nie będą mogli. 3) Zjazd wyraża żądanie, aby

przy organizowaniu armii polskiej poczynione zostały wszystkie możliwe starania o ustanowienie szpitali wojskowych polskich, podlegających jedynie zarządzeniom sztabu polskiego. 4) Pożądanem jest utrzymywanie stałego kontaktu pomiędzy lekarzami cywilnymi i wojskowymi przez odpowiednią komisyę stałą. 5) Prezydyum Zjazdu zechce zwrócić się z prośbą, aby Wydziały lekarskie Uniwersytetów Jagiellońskiego i lwowskiego zorganizowały wykłady z zakresu medycyny polowej dla słuchaczy medyków wyższych semestrów. 6) Konieczne jest zorganizowanie dobrej pomocy dentystycznej na tyłach i froncie armii pod kierunkiem wykwalifikowanych lekarzy-dentystów; przy oddziałach chirurgicznych winny być urządzone gabinety dentystyczne oraz pracownie dla przygotowania protez i t. d. 7) Należy utworzyć w Warszawie organizacye centralne dla przygotowania służby pomocniczej (sanitarno-pielęgniarskiej). Organizacya ta będzie miała prawo tworzenia filii na prowincyi. 8) Potrzeba stworzyć dla zwalczania chorób wenerycznych wśród wojska polskiego odpowiednie szpitale i oddziały lecznicze; powołać odpowiednich specyalistów konsultantów do odwiedzania w pewnych odstępach czasu garnizonów i obozów wojskowych; pouczać żołnierzy za pomocą pogadanek i przepisów o niebezpieczeństwie zarazy i środkach zapobiegania; umożliwić wszędzie badanie mikroskopowe i serologiczne. 9) Zorganizować kursy dopełniające dla lekarzy wojskowych w zakresie różnych specyalności. 10) Uwzględnić w szerszym zakresie leczenie chorób uszu; powołać specyalistów dla leczenia lżejszych przypadków chorób ucha na froncie; stworzyć na tyłach odpowiednie oddziały dla badania przypadków cięższych, przesyłanych z frontu oraz dla badania rekrutów. 11) Zorganizować ze względu na gwałtowną potrzebę opiekę państwową nad inwalidami wojennymi i stworzyć dla nich odpowiednią szkołę. 12) Zakładać sanatorya dla żołnierzy suchotników. 13) Ustalić w armii polskiej prowadzenie ścisłej statystyki i listy strat oraz badać systematycznie rozwój fizyczny żołnierza polskiego. 14) Zbierać materyały do historyi służby zdrowia w Legionach. 15) Wysłać telegram powitalny w imieniu Zjazdu do Dr A. Kwaśnickiego, jako pracownika na niwie naukowej, społecznej i politycznej.

Wiadomości bieżące.

Z Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Dla kolegów, członków Towarzystwa, zamieszkałych na prowincyi, zniżono opłatę wkładki do Towarzystwa na rok 1917 z 25 koron na 18 kor., z tego powodu, że odbierają tylko jeden organ Towarzystwa, a mianowicie »Przegląd lekarski«, gdyż lwowski Tygognik lekarski na razie jeszcze nie wychodzi.

Na wdowy i sieroty w roku 1916 ofiarowali: Profesorowa Gilewska, jak każdego roku, 1.000 kor., z których 500 już przysłała w grudniu 1915, Prof. Machek 300 kor., Dr Gabryszewski z Zakopanego 50 kor., Dr Morawski z Kołomyi złożone przez kolegów zamiast wieńca dla ś. p. kolegi Bujalskiego 38 kor., Dr Feldmann z Jarosławia 30 kor.

Biuro Towarzystwa ogłasza, że jednorazowe zapomogi dla wdów i sierot, z wyjątkiem bardzo nagłych przypadków, odtąd udzielać się będzie dwa razy na rok, a mianowicie przed 1. kwietnia i 1. listopada.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 21. II. b. r. posiedzenie, na którem prezes w gorących słowach uczcił pamięć ś. p. prof Dobrowolskiego, poczem Dr Borowiecki przedstawił trzy przypadki z kliniki neurologicznej prof. Piltza, a Dr Bier, kierownik Zakładu badania środków spożywczych, miał wykład p. t.: »Mąka i chleb wojenny«, objaśniony licznemi demonstracyami. Po wykładzie i dyskusyach, w których przemawiali kol. Blassberg, Borowiecki, Ciechanowski, Majewski, Marciszewicz, Nowotny, Spira, Wachnianin, zwiedzono Zakład, urządzony za staraniem Dr Biera nader celowo i umiejętnie.

Najbliższe posiedzenie odbędzie się d. 28. b. m. w klinice chorób wewnętrznych.

Lwów. Izba lekarska podaje do wiadomości wszystkich lekarzy następujący komunikat Fizykatu m. Lwowa: »Od pewnego czasu zwracają się do Fizykatu miejskiego bardzo liczne strony o urzędowe potwierdzenie prywatnych poświadczeń lekarskich na potrzebę poboru białej mąki z powodu choroby lub podeszłego wieku. Ponieważ poświadczenia te prywatne nie są świadectwami lekarskiemi, wystawionemi »lege artis«, t. j. według obowiązującej normy zaopatrzonemi stemplem na 2 korony, upraszam Szanowną Izbę lekarską wschodnio-galicyjską o powiadomienie wszystkich we Lwowie ordynujących lekarzy, by tego rodzaju poświadczenia wydawali tylko za złożeniem stempla na 2 korony«.

— Celem uczczenia pamięci ś. p. Dr Waleryana Frankowskiego, starszego lekarza miejskiego we Lwowie, lekarze miejscy złożyli do rąk Prezydenta Izby lekarskiej, Dr Papée, zebraną pośród siebie kwotę 100 koron z przeznaczeniem na fundusz wdów i sierot po lekarzach do Izby przynależnych.

Warszawa. Sekcya ginekologiczna Towarzystwa lekarskiego warszawskiego urządza ankietę co do zmian i zaburzeń w narządach płciowych kobiecych pod wpływem niedostatecznego odżywiania. Kwestyonaryusz, ułożony przez osobną komisyę, otrzymywać można z kancelaryi Towarzystwa lekarskiego (Warszawa, Niecała 7), a wypełnione schematy zwracać należy tamże najdalej do 30 kwietnia b. r.

— Wyższe Kursa naukowe urządziły kursa uzupełniające dla lekarzy szkolnych, na których wykładają prof. Abramowski, Dr Biehlerowa, Brunner, Knappe, Kopczyński, prof. Kłos, Dr Orłowski, Rottermund, Szmurło i dziekan prof. Stołyhwo.

— Nakładem Kasy im. Mianowskiego wyszło tłomaczenie »Anatomii« Henlego-Merkla, dokonane przez grono lekarzy warszawskich pod redakcyą prof. Lotha. Cena 2 tomów (tekst i atlas) 10 rubli.

Zmarli: Dr Tadeusz Pakosz, starszy lekarz sztabowy, w 56 r. ż., w Krakowie; Dr Walery Frankowski, lekarz miejski we Lwowie, w 51 r. ż.; Dr Stanisław Kochanowicz, lekarz zarządzający głównej Stacyi Pogotowia ratunkowego (więziony i zesłany na Syberyę, gdzie przebył 10 lat), w 44 r. ż. w Warszawie; Dr Stanisław Krzyżanowski w 40 r. ż. w Otwocku (z duru plamistego); Dr Karol Gross, były prymaryusz szpitala izraelickiego, były radny miasta, we Lwowie w 81 r. ż.; chirurg prof. Wölfler (z Pragi) w Wiedniu; fizyolog prof. Bernstein w Halle.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę **d. 28. lutego** 1917 o godzinie 6 wieczór **w klinice chorób wewnętrznych** (Kopernika 15). Na porządku dziennym wykład Dr Waltera: W sprawie rokowania i leczenia wiewióra u kobiet.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar- 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor.

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15. Klinika lekarska.

Treść:

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.